

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 615

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert COHEN-TANNOUDJI

Né le 24 Août 1911 à Constantine (Algérie)

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES FORMES
CLINIQUES
ET DU TRAITEMENT
DE LA FISSURE ANALE

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNE

11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert COHEN-TANNOUDJI

Né le 24 Août 1911 à Constantine (Algérie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FORMES CLINIQUES ET DU TRAITEMENT DE LA FISSURE ANALE

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1937

LE DOYEN . . . ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	LACOMME Obstétrique.
BARIETY Pathologie médicale.	LANTUEJOUL Obstétrique.
BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.	LEMAIRE Pathologie expérimentale.
BOULIN Pathologie médicale.	LELONG Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	LEVEUF Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY Pharmacologie.
CHEVALLIER Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
COSTE Pathologie médicale.	MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
DOGNON Physique.	MOREAU Pathologie médicale.
FEY Pathologie.	MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
FUNCK Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN Pathologie médicale.
GALLIARD Parasitologie.	OBERLING Anatomie pathologique.
GASTINEL Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE Médecine légale.
DE GENNES Pathologie médicale.	PORTES Obstétrique.
GAYET Physiologie.	RICHET Physiologie.
GIROUD Histologie.	SANNIE Chimie biologique.
HAGUENAU Pathologie médicale.	SENEQUE Pathologie chirurgicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.	TROISIER Pathologie expérimentale.
HAZARD Pharmacologie.	TURPIN Pathologie médicale.
HUGUENIN Anatomie pathologique.	VIGNES Obstétrique.
JOANNON Hygiène.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.
LABBE (Henri) Chimie biologique.	J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	LEROUX Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.	PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA BONNE GRAND'MERE

A MA MERE

*Témoignage de la plus filiale
affection.*

A MON PERE

*Bien faible hommage de ma
profonde gratitude.*

A MES FRERES

A MES SOEURS

A MON BEAU-FRERE

A MES NEVEUX

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR N. FIESSINGER

Officier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Pathologie expérimentale et comparée.

*Nous le remercions sincère-
ment du grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR OURY

*Pour l'intérêt qu'il nous a
toujours porté.*

INTRODUCTION

L'idée du présent travail nous fut suggérée par M. le Docteur Oury. Ses précieux conseils, le large accès qu'il nous donna dans son service de l'asile national de Saint-Maurice ont singulièrement facilité notre tâche.

M. le Docteur Oury a bien voulu nous communiquer plusieurs observations personnelles. Qu'il reçoive ici nos bien sincères remerciements.

L'étude clinique et thérapeutique de la fissure à l'anus semble au premier abord avoir été poussée très loin.

Il nous a paru cependant intéressant de reprendre la description de cette affection qui tient en proctologie une place si importante, et de faire connaître un traitement qui nous a donné des résultats remarquables.

Longtemps, en effet, on s'était contenté d'une description, sinon vague, du moins restreinte. Ce n'est véritablement que sous l'influence des travaux de Bensaude et de ses élèves que le syndrome fissuraire fut parfaitement individualisé et qu'on rapprocha de la fissure anale certaines ulcérations rapportées jusqu'alors à d'autres

causes. Récemment encore Rachet, essayant d'isoler les différentes formes cliniques de la fissure anale, avait distingué trois variétés : la fissure simple, la fissure évoluée et la fissure compliquée.

D'après nos conceptions basées sur l'observation de plusieurs centaines de malades, et avec le recul de près de cinq années d'étude, nous avons été amenés à établir une description plus objective, presque dermatologique.

A la suite de nos constatations, nous avons délimité le tableau de la fissure anale, nous la considérons comme une entité morbide bien définie. Les différentes variétés de fissure que l'on observe ne sont, pour nous, que des états anatomiques et cliniques évolutifs d'une même lésion. En effet, la fissure anale passe par trois stades :

De simple elle évoluera au bout d'un certain temps en modifiant certains de ses caractères vers la fissure triangulaire, qui aboutira elle-même à l'ulcère atone.

Nous avons en outre constaté la multiplicité et la fréquence des lésions associées au fur et à mesure que la fissure vieillissait; exceptionnelles avec la fissure simple, elles sont constantes avec l'ulcère atone.

Nous insisterons particulièrement dans l'étiologie de la fissure anale sur l'importance du terrain hémorroïdaire.

Enfin, après avoir rappelé en quelques mots les différents traitements médicaux, chirurgicaux et électriques que l'on oppose à la fissure anale, nous indiquerons un traitement inspiré directement de ceux de Bensaude et de Leibovici et qui nous a permis d'enregistrer des succès certains.

HISTORIQUE

Malgré l'assertion d'un auteur du dix-neuvième siècle qui écrivait que les anciens n'avaient pas su distinguer la fissure des autres ulcérations de l'anūs, cette affection cependant était connue et décrite par des médecins de l'école byzantine. En effet, déjà Aetius d'Amide (sixième siècle) parlait de constriction du sphincter, « *at vero fissuræ ac rimæ fiunt in sede* ». Vers l'an 980, Avicenne attribuait la fissure à la constipation. Albucassis la grattait avec l'ongle, c'était déjà là un traitement chirurgical de la fissure anale.

Plus tard, le traitement des « crevasses et fentes du siège » tenait essentiellement dans un régime « relâchant » et dans l'application d'onguents et topiques où l'huile, le miel, le beurre et la litharge prenaient la première place. Un tel onguent « apaisera la douleur et ramollira la dureté de la fiente », écrit, en 1678, Lazare Meysonnier, médecin ordinaire du roy et professeur agrégé au Collège des Médecins de Lyon. Le même auteur cite l'opinion de Paul d'Egine, lequel, « en son sixième livre, a écrit que quand

ces crevasses se rendent calleuses, il faut raser avec un rasoir les bords calleux d'icelles, pour rendre l'ulcère frais et récent. Ce fait, user de suppuratifs, puis d'abstergifs et enfin de cicatrisatifs ».

Boyer, en 1818, a fait de la fissure anale une description remarquable et a eu le mérite de montrer l'importance de la contracture du sphincter en même temps qu'une méthode curative : l'incision du muscle.

Récamier imagina plus tard la dilatation.

Gosselin, reprenant la description clinique de la fissure anale, distingua la variété tolérable et la variété intolérable.

Mollière précisa la variété tolérante et la variété intolérante.

Mais ce n'est vraiment qu'avec Quénu et Hartmann que la fissure anale est entrée dans la phase moderne de la description clinique, et pour ces auteurs, Gosselin et Mollière n'ont fait que compliquer et obscurcir la question.

Doumer, dans son rapport à l'Académie de Médecine, le 26 octobre 1897, signala la guérison de la fissure anale par les courants de haute fréquence.

L'article que Bensaude, dans le nouveau *Traité de Médecine*, en 1925, consacra à la fissure anale, fut certainement, à l'époque, l'exposé le plus complet et le plus qualifié sur cette question. Parmi les multiples travaux parus depuis lors et que nous mentionnerons au cours de notre travail, rappelons particulièrement la communication de Bensaude, Cain et Lièvre à la Société Médicale des Hôpitaux (10 juin 1930), au cours de laquelle ils présentèrent le traitement de la fissure anale par les

injections sous-fissuraires de quinine et d'urée. Essayée en 1921, abandonnée à cause des réactions douloureuses qu'elle provoquait, puis reprise avec des doses plus faibles et avec des résultats plus encourageants, cette méthode a été également choisie par Graham depuis 1924, puis par Yeomans.

Leibovici, en 1935, à la suite d'une injection péri-fissuraire de novocaïne qui devait précéder un traitement chirurgical constata la disparition du syndrome fissuraire et la cicatrisation de l'ulcération, généralisant par la suite ces injections qui lui avaient donné un résultat si heureux et si inattendu; il voyait les succès se confirmer.

LA FISSURE A L'ANUS

On donne le nom de fissure à l'anus à une petite ulcération, cachée au fond d'un des sillons formés par les plis radiés de l'anus, siégeant sur la commissure postérieure, se caractérisant essentiellement par sa persistance et son syndrome douloureux, à savoir :

Douleurs pendant la défécation;

Contracture sphinctérienne;

Crises douloureuses après la défécation;

A titre accessoire on peut ajouter un écoulement de sang plus ou moins marqué pendant les garde robes.

La plupart des ulcérations du canal anal cependant, qu'elle qu'en soit la cause, peuvent provoquer ce syndrome. « La contracture du sphincter n'est pas déterminée par des lésions toujours identiques, elle accompagne certaines ulcérations sus-sphinctériennes, elle est susceptible de manquer dans quelques ulcérations intra-sphinctériennes, elle n'a d'une fente, d'une fissure que l'apparence qu'elle doit à l'action du sphincter. La nature de l'ulcération n'entraîne pas fatalement l'existence ou

l'absence de phénomènes douloureux, ceux-ci s'observent aussi bien dans l'ulcération du chancre mou que dans la fissure traumatique ». (Quénu et Hartmann.)

Pratiquement nous ferons entrer la fissure anale dans le cadre des ulcères simples, c'est-à-dire des ulcérations dont l'origine et la persistance sont indépendantes de tout agent microbien ou chimique étranger au conduit anorectal. Ces ulcères trouvent donc par définition leur raison d'être dans l'action sur les parois intestinales du contenu ordinaire du rectum et surtout dans l'état trophique des parois intestinales. Le terme d'ulcères simples s'oppose à celui d'ulcères spécifiques qui reconnaissent pour cause l'action des substances ou de micro-organismes spécifiques.

ETIOLOGIE

Sur une muqueuse anale saine, les érosions, après avoir provoqué quelques phénomènes douloureux, guérissent rapidement.

Par contre, la fissure anale n'a aucune tendance à la guérison spontanée.

Cette persistance s'explique avant tout par les causes prédisposantes qui favorisent l'apparition de la fissure.

De toutes les causes prédisposantes, la stase veineuse, c'est-à-dire les hémorroïdes, est la plus importante, beaucoup plus importante même qu'on ne le pensait jusque-là.

En effet, si l'on indiquait que 70 % des fissuraires étaient en même temps des hémorroidaires, dans la statistique que nous avons établie avec M. Oury, la proportion est encore plus élevée, elle est de l'ordre de 83 %.

Nous ne saurions donc suffisamment insister sur cette association à peu près constante entre fissure et hémorroïdes. Dans les traités classiques et même dans les articles les plus récents on passe trop rapidement sur ce fait qui, d'apparence tout à fait banale, a pourtant

une grande importance au point de vue semeiologique et thérapeutique. Souvent, en effet, la fissure guérie, persistent des symptômes hémorroïdaux. Ces lésions associées ont une grande importance dans la directive du traitement. Disons dès à présent qu'une fissure ne sera solidement et complètement guérie que lorsqu'on aura conjointement ou ultérieurement traité les hémorroïdes qui l'ont provoquée.

Comme autres causes prédisposantes viennent ensuite l'inflammation de la muqueuse anale par le produit des sécrétions des rectites, des fistules, l'irritation par l'eczéma, les oxyures. Mais là encore ces différentes causes n'agissent que par l'intermédiaire de la poussée hémorroïdaire à laquelle succède secondairement la fissure.

Le moindre traumatisme déterminera sur cette muqueuse fragilisée par un état trophique défectueux des pertes de substance, des ulcérations qui auront une réelle tendance à la chronicité.

Ce traumatisme, parfois produit par des lésions de grattage, l'est presque toujours par le passage des matières fécales à travers la filière sphinctérienne qui, au lieu de céder, résiste et se contracte sur le corps étranger.

En résumé, la constipation et l'altération hémorroïdaire de la muqueuse sont les réelles et habituelles causes de la fissure anale.

Boyer, qui fut le premier à décrire la fissure à l'anus, considérait la contracture comme primitive, l'ulcération était secondaire. Il admettait même l'existence de la cons-

triction sans « gerçure ». Dupuytren, Mérat, Vidal de Cassio s'étaient rangés à cette opinion.

Actuellement l'explication inverse est adoptée. L'irritation des terminaisons nerveuses sensibles situées au niveau de l'ulcération se transmet au centre médullaire pour se réfléchir dans les filets moteurs et donner lieu à la contracture permanente du sphincter. En outre, la répercussion sur les filets sensitifs qui aboutissent au même centre expliquent de même les phénomènes d'irradiations douloureuses si fréquentes dans cette affection. Le célèbre schéma d'Hulton traduit clairement la disposition des voies centripète et centrifuge qui constituent cet acte réflexe simple : ainsi la douleur produit le spasme et, par un cercle vicieux, le spasme exaspère la douleur.

De quelle nature est l'excitation périphérique ? Allingham pensait que les extrémités nerveuses étaient peut-être mises à nu dans l'ulcère. C'était là une hypothèse que Quenu, grâce à ses recherches histologiques, a pu remplacer par des faits : il est établi que les filets nerveux sous-jacents à l'ulcération participent à l'inflammation, présentent des lésions de névrite qui expliquent les violentes douleurs observées.

La fissure à l'anus s'observe surtout à l'âge adulte et elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (3 pour 2 : Goodsall). C'est la proportion que nous avons nous-même observée dans nos statistiques.

On la rencontre également, bien que beaucoup plus rarement, chez l'enfant et même chez le nourrisson.

LA FISSURE SIMPLE

A sa période de début, la fissure anale présente des caractères extrêmement nets et typiques, aucune complication ne vient encore troubler son syndrome ou modifier son aspect. On lui donne le nom de fissure simple

Trois symptômes essentiels caractérisent cette fissure : la douleur, l'ulcération et la contracture du sphincter.

LA DOULEUR

La semeiologie de la douleur fissuraire est absolument caractéristique et extrêmement frappante. Quelle qu'en soit l'intensité, d'ailleurs très variable, elle apparaît dans des conditions à peu près identiques : elle est provoquée par la défécation et lui survit plus ou moins longtemps.

Quoique délaissée et critiquée par les auteurs récents, nous trouvons qu'au point de vue de la description clinique de la douleur, la distinction en variété tolérable et en variété intolérable mérite d'être toujours maintenue.

Dans la variété tolérable, la douleur consiste en une sensation de cuisson, de chaleur pénible qui suit immédiatement la défécation et persiste après elle pendant une ou plusieurs heures.

Nombre de malades qui connaissent bien cette douleur opposent volontiers leur matinée pénible et douloureuse dans son ensemble, par suite de la défécation, au bien-être normal et à l'indolence de l'après-midi. Assez rarement la douleur n'est que peu intense. C'est dans ces

formes « hypo-douloreuses » une simple sensation d'écorchure anale survenant au moment de la défécation et disparaissant rapidement après elle.

Dans la variété intolérable, bien plus fréquente que la précédente, la douleur d'une acuité extrême prend un aspect caractéristique et constitue le syndrome fissuraire.

Au début de la maladie, cependant, l'expulsion des fèces ne s'accompagne que de chaleurs et de démangeaisons qui disparaissent immédiatement après l'accomplissement de l'acte, mais très rapidement, au bout de 2 à 3 jours, ces sensations anormales se transforment en véritable douleur qui ne tarde pas à s'accroître en prenant en même temps un caractère fissuraire.

La crise fissuraire s'établit suivant son type classique à 3 stades successifs :

1° Au moment où le bol fécal force le sphincter, une sensation de déchirure atroce, qui ne dure que quelques instants.

2° Une accalmie de quelques minutes lui fait suite.

3° La réapparition de la douleur qui augmente de plus en plus, jusqu'à son acuité maxima sous la forme d'une déchirure profonde, d'une brûlure intra-rectale.

Cette douleur tardive s'accompagne d'irradiations dans les régions voisines, du côté de la vessie, de l'urètre, des reins ou des testicules, et le long du nerf sciatique, elle entraîne des troubles urinaires très fréquents allant de la simple pollakiurie à une rétention complète, avec contracture très pénible du sphincter vésical.

Elle détermine souvent une agitation extrême et peut même provoquer un état syncopal. L'acuité de la douleur est parfois telle que l'on est amené à discuter l'urgence

d'une intervention chirurgicale. Deux fois, nous nous sommes trouvés en présence de malades se tordant de douleurs, poussant des cris atroces, et chez qui nous avons été obligés d'intervenir d'urgence.

Après avoir atteint son acmé, la douleur diminue d'intensité et disparaît.

L'ensemble de la crise dure deux à quatre heures. Très rapidement les paroxysmes douloureux deviennent plus fréquents et durent plus longtemps. Le patient finit par souffrir d'une façon continue, les crises se produisent en dehors de la défécation, à l'occasion de la toux, d'un effort léger, le malade se condamne à l'immobilité, prend des positions de soulagement, tantôt comprimant son périnée sur l'angle d'une chaise, tantôt se couchant sur le flanc, les jambes fléchies, en « chien de fusil ». Il souffre malgré les soins locaux qu'il a imaginés, bains de siège, suppositoires qu'il ne peut plus introduire, et réclame la piqûre de morphine qui mettra un terme à son supplice.

Il redoute la défécation, évite de se présenter à la selle, se prive de nourriture. Certains fissuraires se constipent artificiellement, d'autres, redoutant le passage des matières fécales, entretiennent une diarrhée permanente. Les fonctions digestives finissent par se troubler, l'état général s'altère, certains malades sombrent dans une neurasthénie complète qui accroît encore l'intensité des réactions douloureuses.

Cette distinction de la fissure simple en variété tolérable et en variété intolérable serait pour certains auteurs (Delbet, Racht) « mauvaise, inutile et inexacte ».

Nous estimons quant à nous que cette distinction doit être maintenue. Nous avons constaté, en effet, des fissures récentes, aiguës dans lesquelles la douleur était peu intense, supportable, et nous avons remarqué que les douleurs intolérables n'étaient nullement l'apanage des nerveux, et pouvaient affecter les sujets les moins prédisposés. Par ailleurs, Bensaude, encore en 1925, maintenait cette distinction.

En dehors de la douleur la fissure comporte peu d'autres troubles fonctionnels, il n'est pas rare pourtant que la défécation soit suivie de quelques gouttes de sang. Tout à fait exceptionnellement on a vu une grande hémorragie de sang constituer le premier symptôme.

L'ULCERATION

La crise douloureuse est si caractéristique que le récit du malade peut suffire à faire le diagnostic et lorsqu'on passe à l'examen de l'anus, on soupçonne déjà la lésion qu'on doit y trouver. L'ulcération présente quatre caractères principaux : elle est petite, superficielle, allongée, linéaire et occupe avec une constante électricité la partie postérieure de la circonférence anale désignée sous le nom de commissure postérieure.

Chez la femme, on voit quelquefois des fissures antérieures; quant aux fissures latérales elles sont exceptionnelles.

La fissure peut être plus ou moins profonde, et d'après son siège on distingue avec Blandin la fissure sous-sphinctérienne, sphinctérienne et sus-sphinctérienne.

Pour Delbet, la seule fissure qui s'accompagne de sphinctéralgies serait la sphinctérienne. Cependant nous avons observé des fissures sus et sous-sphinctériennes qui présentaient le syndrome fissuraire typique.

L'examen d'une fissure comporte trois temps : le toucher, l'inspection et l'examen anuscopique. Chez certains malades et lorsque la douleur n'est pas trop intense ces trois phases de l'examen peuvent être encore réalisées, lorsqu'au contraire la douleur atteint vraiment une intensité intolérable, souvent seul l'examen superficiel et le palper externe sont possibles. Quoi qu'il en soit nous étudierons successivement les renseignements fournis par ces trois modes d'examen.

Le toucher pratiqué avec beaucoup de douceur permet de découvrir le siège de la fissure. Celle-ci se trouve au point où la pression du doigt provoque une douleur vive. La pression est indolore sur les faces latérales ou à la commissure antérieure, au contraire la pression de la commissure postérieure est des plus douloureuses, le contraste entre la douleur exquise de la commissure postérieure et l'indolence totale ou relative des autres segments anaux est l'un des meilleurs signes de la fissure. C'est le signe « des quatre points cardinaux ».

Lorsqu'on retire le doigt, se dessine souvent au pourtour de l'anus une petite bavure hémorragique « en aile de papillon » dont la constatation a une réelle valeur séméiologique. Elle est provoquée par le minime traumatisme du toucher et on pourrait presque dire que la fissure se décalque sur les téguments qui l'entourent, même dans les hémorroïdes les plus saignantes nous n'avons jamais observé un tel aspect de l'hémorragie.

Guidé par ces premières indications on déplisse doucement la muqueuse de la région suspecte et l'on découvre plus ou moins facilement l'érosion; tantôt elle repose à plat sur la muqueuse et est facilement visible, tantôt elle est cachée par une végétation polyforme, appelée par les auteurs anglo-américains l'hémorroïde sentinelle (sentinel piles) : en fait cette végétation polyforme n'a rien de commun avec les hémorroïdes, c'est une excroissance cutanéo-muqueuse enflammée et œdématisée.

Souvent encore la fissure coexiste avec des hémorroïdes; et le bourrelet hémorroïdaire la cache entièrement, soit par déplissement direct, soit même à l'anuscopie, on ne peut arriver à voir la fissure, elle est enfoncée au fond des plis radiés et congestionnés. La douleur exquise de la commissure postérieure en avait fait prévoir la présence; en portant au contact de cette zone un tampon monté, la fissure y marque sa présence par une ligne hémorragique.

Lorsque la fissure est bas située, elle apparaît au déplissement superficiel comme une érosion linéaire, longue de 10 à 15 millimètres, large de 1 à 3, elle est rouge carminée, hémorragique et tranche franchement sur la muqueuse de voisinage, d'autres fois sa couleur reste plus rosée et dans ce cas la fissure passerait plus facilement inaperçue.

C'est une petite plaie nette, superficielle, d'aspect récent, sans enduit grisâtre ou suppuré.

Parfois la fissure est haut placée, on ne la trouve plus par simple inspection, il faut la rechercher dans le canal sphinctérien.

Dans la variété tolérable, on peut introduire un anuscope étroit en prenant la précaution de l'appuyer sur la commissure antérieure, avec ou sans cocaïnisation préalable. C'est en retirant doucement l'instrument qu'on aperçoit la partie ulcérée. Il est pourtant des malades chez lesquels l'acuité de la douleur ou la petitesse de la fissure empêchent de mettre directement en évidence la lésion recherchée. Dans ce cas, à travers l'anoscope, on introduit un tampon de coton monté sur un bâtonnet d'osier, on l'applique au contact de la muqueuse à l'endroit où l'on soupçonne l'existence d'une fissure, celle-ci y marque sa trace sous la forme d'un fin liseré sanglant.

Dans la variété intolérable, il ne faut à aucun prix insister pour introduire l'anoscope ou même le doigt, l'intensité de la douleur et la contracture du sphincter indiquent clairement l'existence d'une fissure.

LA CONTRACTURE SPHINCTERIEENNE

La contracture sphinctérienne est un signe évident et très caractéristique; on la constate facilement lorsqu'on introduit doucement le doigt dans l'anūs; assez **minime** dans la variété tolérable, elle atteint un degré **extrême** dans la forme intolérable et empêche absolument l'examen. D'ailleurs on peut déjà s'en rendre compte en palpant le pourtour de l'anūs, on sent l'anneau sphinctérien rigide et dur autour de l'index explorateur.

Tels sont les caractères de la fissure simple, caractères bien nets et bien frappants et devant lesquels le diagnostic est des plus évidents.

La fissure simple est rarement compliquée; les diverses affections anorectales associées qu'on a décrites sont peu fréquentes dans ce cas, elles se présentent en réalité sur une fissure déjà évoluée, fissure triangulaire et plus fréquemment sur un ulcère atone.

L'évolution de la fissure simple est variable.

Dans les cas légers, sous l'influence de soins de toilette, d'une hygiène alimentaire et d'un traitement médical, les symptômes s'amendent rapidement et l'ulcération se cicatrise.

D'autres fois, on observe des récidives survenant 2 ou 3 ans après des guérisons spontanées.

Enfin il existe des fissures rebelles, présentant une chronicité désespérante et passant à la longue aux stades de fissure triangulaire, puis d'ulcère atone.

A côté de cette fissure simple, isolée, on peut observer un véritable état fissuraire de la muqueuse anale, c'est ce qu'on pourrait appeler l'éclatement fissuraire.

En effet, il est assez fréquent de constater, en déplissant l'anus d'un fissuraire, qu'au moindre effort de tiraillement, la muqueuse et surtout les téguments éclatent en de multiples endroits.

Ces petites plaies déterminent un syndrome fissuraire habituellement léger et guérissent en quelques jours, mais pour se reproduire avec une extrême facilité. On observe cet état fissuraire le plus souvent chez des femmes qui ont une leucorrhée tenace, dont le périnée est toujours humide et qui ont de plus des hémorroïdes.

Cet éclatement fissuraire réalise un type de fissure sous sphinctérienne et très souvent détermine du prurit et des réactions eczémateuses de voisinage.

LA FISSURE TRIANGULAIRE

La fissure triangulaire réalise une étape évolutive de la fissure simple.

En effet, au bout d'un certain temps variant de quelques jours à quelques mois, alors que la fissure conserve toute sa physionomie douloureuse, l'ulcération modifie ses caractères et se complique.

L'ulcération qui était linéaire, allongée, tout en restant superficielle, s'élargit petit à petit dans **sa partie** externe et reste effilée dans sa portion interne, elle prend ainsi un aspect triangulaire. C'est un triangle à base cutanée et à sommet anal, les bords sont linéaires, symétriques et à peine saillants.

Le fond conserve son aspect rouge carminé hémorragique, ou bien prend déjà un aspect moins vif, moins net et devient grisâtre.

Malgré cette transformation dans les caractères de l'ulcération, les douleurs persistent, et là encore on peut distinguer la variété tolérable et la variété intolérable du syndrome fissuraire.

La contracture sphinctérienne est aussi intense.

Cependant la fissure triangulaire, du fait de sa chronicité et par conséquent à la suite des diverses lésions qui peuvent se greffer sur elle, a des caractères symptomatologiques particuliers et plus complexes que ceux de la fissure simple. En effet, il est fréquent de constater l'apparition d'une série d'affections (néoformations polypeuses, fistulettes, abcès) d'autant plus nombreuses que l'ulcération sera plus vieille. Il n'est pas étonnant alors de les voir prendre toute leur ampleur au stade évolutif suivant qui est l'ulcère atone.

L'ULCÈRE ATONE

L'ulcère atone de la commissure postérieure signalé par Pean et Malassez (1871), puis par Quenu et Hartmann a été parfaitement décrit en 1925 par Bensaude et Rachet (Société de Gastroentérologie, Mai 1925.)

Si, dans leur description princeps, Bensaude et Rachet avaient considéré l'ulcère atone comme l'aboutissant de lésions diverses (hémorroïdes, abcès, tuberculose, fissure, syphilis), nous estimons quant à nous que l'ulcère atone n'est qu'un stade évolutif et terminal d'une fissure simple. Souvent même c'est une fissure qui est restée très longtemps tolérable, et c'est justement du fait de cette latence que des lésions anatomiques méconnues au stade fissuraire simple aboutissent d'une façon torpide à l'ulcération souvent importante de l'ulcère atone.

Cette transformation de la fissure simple en ulcère atone a été déjà entrevue par Quenu (*Revue de Chirurgie*, Décembre 1892-Mai 1893), et pour cet auteur tous les intermédiaires sont possibles entre fissure classique et ulcère atone. Avec Hartmann, Quenu défend à nouveau

cette classification dans son traité des affections chirurgicales du rectum.

M. Oury, reprenant l'étude des rapports entre la fissure simple et l'ulcère atone (dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 10 novembre 1933) ne voit dans ces deux formes que des étapes anatomiques et cliniques différentes.

C'est d'ailleurs la conception actuelle de Rachet, pour qui l'ulcère atone n'est qu'une fissure simple évoluée.

L'ulcère atone présente deux caractères essentiels :
Son siège constant,

Et son évolution d'une chronicité désespérante.

Ajoutons encore : la coexistence très fréquente de complications, c'est à son propos qu'on peut parler de lésions associées de la muqueuse anale.

On peut lire dans les traités classiques que l'ulcère n'est jamais soupçonné par l'interrogatoire, qu'il n'engendre pas de signes fonctionnels.

La réalité est tout autre. En effet, si l'ulcère atone ne présente plus le syndrome fissuraire typique, intolérable, il se révèle toujours par une douleur plus ou moins vive, et la contracture sphinctérienne, quoique moins marquée, existe encore.

Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades porteurs d'un ulcère atone, venir consulter pour des douleurs plus ou moins pénibles survenant à la défécation.

En outre d'autres signes, hémorragies, suintement purulent signalent sa présence.

L'ulcère atone est parfois visible au simple déplissement des plis radiés, occupant le repli médian postérieur, il s'étend plus ou moins sur toute la hauteur du canal

anal et déborde peu ou pas sur la marge cutanée. Quelquefois le toucher permet à lui seul de soupçonner l'ulcère : on sent en effet, au niveau du repli postérieur, une perte de substance douloureuse de taille variable et dont les bords sont indurés.

Assez souvent cette ulcération conserve une telle souplesse qu'on ne la perçoit pas au toucher. Dans ce cas, ce n'est que par déplissement de la muqueuse ou en introduisant l'anuscopé qu'on découvrira l'ulcère atone.

Cet examen, quoiqu'on ait dit, est douloureux.

Débutant rarement dans la zone cutanée l'ulcère commence immédiatement ou légèrement au-dessus du sphincter externe. Il est parfois nécessaire d'utiliser un anuscopé pour le voir entièrement.

C'est une ulcération peu profonde, allongée en raquette à grosse extrémité cutanée.

Le fond de l'ulcération est régulier, lisse, torpide, sans aucun bourgeon à sa surface. La teinte est gris jaunâtre, tranche parfois par sa pâleur sur le reste de la muqueuse, d'autres fois sa teinte est très voisine de celle de la muqueuse et ce n'est que la dépression plus ou moins profonde de sa surface qui révèle l'ulcération.

Les bords sont nets, épaissis, non déchiquetés, taillés à pic; souvent même l'ulcère présente une forme encore mieux définie et franchement géométrique : triangle à base cutanée et à sommet plus ou moins profond à l'intérieur du canal anal, les bords latéraux sont linéaires et symétriques, modérément épaissis, jamais décollés.

Du côté de sa base cutanée, cette ulcération triangulaire présente un aspect plus ou moins variable, tantôt la base est aussi rectiligne que les deux autres côtés, et

dans ce cas l'ulcère a vraiment la forme d'un triangle isocèle, tantôt, et cela dans la majorité des cas, une hémorroïde ou une néoformation visibles à l'extérieur marquent sa base.

En effet, c'est avec l'ulcère atone que vont se multiplier les lésions associées qui par leur présence transforment et masquent les signes fonctionnels ou encore entretiennent et infectent l'ulcération.

Les hémorroïdes, déjà cause de l'apparition de la fissure, sont comme on peut le prévoir la complication la plus fréquente. On observe, en effet, assez souvent l'existence d'une hémorroïde plus ou moins flétrie qui encercle par sa base en arceau l'extrémité externe de l'ulcère. Dans d'autres cas, l'ulcère est situé au fond d'une vallée profonde dont deux hémorroïdes internes rouges, douloureuses forment les bords.

Une forme assez fréquente d'ulcère compliqué est réalisée par l'association de l'ulcération et de néoformations anales.

Ces néoformations se présentent sous des aspects variés, tantôt il s'agit d'hypertrophie papillaire, dans ce cas il est fréquent de ne rien apercevoir au toucher. Quelquefois on a la sensation de petites indurations de la muqueuse, l'anuscope montre les papilles hypertrophiées sous la forme de petites saillies triangulaires de 1 à 2 millimètres de haut, dont le sommet pointe dans la lumière de l'anus, de couleur blanc nacré, elles ont une consistance cornée et on les a comparées à des dents de chat.

Plus souvent il s'agit d'un petit polype hémorroïdaire, en battant de cloche, implanté sur le bord latéral

ou sur le sommet de l'ulcère. Plus rarement, il coexiste avec une ou plusieurs néoformations polypeuses à distance de l'ulcère. Ce polype est de volume variable, d'un pois à une cerise, franchement pédiculé. Parfois, on peut le sentir au toucher, habituellement sa souplesse le fait échapper au doigt, et ce n'est qu'à travers l'anuscopé qu'on peut le découvrir.

Enfin, il n'est pas rare de voir un ulcère atone se compliquer d'une fistulette. Celle-ci s'engage sous un pont cutané qui recouvre la base de l'ulcération, et se termine par un petit abcès sous-cutané-muqueux, c'est au niveau de cette petite fistule que naît la suppuration pour laquelle le malade vient parfois consulter. Cette suppuration se manifeste par du prurit et détermine fréquemment des lésions eczémateuses, par ailleurs les douleurs deviennent permanentes avec exacerbations paroxystiques et s'accusent par la sensation de tension et de battements, elles siègent nettement en dehors du canal anal et correspondent au petit abcès terminal de la fistulette. Certains malades viennent consulter uniquement pour une petite tuméfaction à douleur intermittente, située à 2 ou 3 cm. de l'anus, dans le sillon interfessier, et c'est elle qui fait découvrir l'ulcération.

En tous cas la fistule est toujours très limitée, strictement sous-cutanée et ne comporte nullement les difficultés opératoires des fistules profondes.

L'évolution de l'ulcère atone est désespérément chronique et n'a aucune tendance à la cicatrisation.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne comporte pas de difficultés spéciales, cependant, fissure ou ulcère atone risque de rester méconnu lors d'un examen local trop rapide et trop superficiel.

La fissure simple ou triangulaire pose le diagnostic de toutes les crises douloureuses survenant après la défécation.

Les hémorroïdes ne donnent jamais lieu à une douleur aussi marquée, sauf complications, thrombose ou prolapsus hémorroïdaire enflammé.

Les douleurs hémorroïdaires sont plus permanentes; elles s'aggravent bien certes au moment de la défécation, mais elles n'ont pas cet intervalle libre des algies fissuraires. Une erreur fréquemment commise consiste à méconnaître la fissure anale, lorsqu'elle coexiste avec des hémorroïdes volumineuses, on se contente du diagnostic d'hémorroïdes, on leur attribue tous les troubles accusés, et l'on est très étonné de ne pas voir une amélioration notable suivre l'application du traitement hémorroïdaire.

On évitera cette erreur en pratiquant toujours un examen complet de la muqueuse anale; on aura ainsi la surprise de découvrir, cachée dans un bourrelet hémorroïdaire, l'ulcération fissuraire caractéristique. La cure des hémorroïdes passe alors au second plan et ne sera entreprise qu'après traitement de la fissure.

La névralgie anale ou anorectale est, à nos yeux, une affection fréquente, elle se traduit par des douleurs dont l'intensité ne le cède en rien à celle des douleurs fissuraires. Mais caractère différentiel capital, la douleur survient indépendamment de la défécation, quelquefois l'exonération calme la douleur, il n'existe aucune contraction douloureuse du sphincter. Le toucher rectal et l'endoscopie sont toujours faciles à faire et ne montrent aucune lésion de la muqueuse.

Les névralgies anales ou anorectales s'observent plus fréquemment chez la femme, elles sont fréquemment consécutives à des lésions inflammatoires génitales, ou peuvent être le reliquat d'une fissure guérie par dilatation.

Le cancer de l'anus présente une forme douloureuse pseudofissuraire, mais il existe toujours sous l'ulcération suspecte une induration vraiment pathognomonique, se prolongeant vers le canal anal par une coulée ligneuse. Dans tous les cas litigieux la biopsie lèvera les doutes.

La coccygodynie, qui consiste en une douleur coccygienne ou sacrococcygienne, reconnaît une étiologie traumatique et prête peu à confusion avec la fissure.

Enfin, chez le nourrisson, la fissure anale peut être méconnue. Il faut y penser chez un enfant constipé criant

au moment des selles, qui sont quelquefois légèrement sanglantes.

L'ulcère atone de la commissure postérieure pose le diagnostic de toutes les ulcérations anales et particulièrement des lésions vénériennes.

Le chancre mou peut donner une lésion assez voisine. Cependant l'ulcération est plus large, plus irrégulière, souvent déchiquetée, plus douloureuse, souvent multiple, accompagnée de ganglions inguinaux. Le diagnostic bénéficie de la recherche du bacille de Ducrey dans les lésions locales et surtout de l'intradermoréaction au dmelcos.

Le chancre de l'anüs n'est pas une ulcération, mais une exulcération reposant sur une base indurée; elle s'accompagne d'une adénopathie caractéristique, le diagnostic en est facilité par les recherches biologiques.

Signalons les anites de la maladie de Nicolas-Favre, si diverses d'aspect, mais dans lesquelles la réaction de Frei est positive.

Lorsqu'il existe une sécrétion minime, il convient de ne pas confondre l'ulcère avec une fissure anale. En réalité les lésions sont toutes différentes, la sécrétion de l'ulcère atone est insignifiante et intermittente; elle dépend, comme nous l'avons vu, d'une fistulette située sur le rebord cutané et qui ne ressemble aucunement à la fistule anale classique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

On trouvera dans la thèse de Marque (Paris 1904), les procédés détaillés de l'incision de Boyer; la technique opératoire des dilatations de Récamier, de Maisonneuve, de l'excision de Mothe et Velpeau.

Le traitement chirurgical, seul traitement de la fissure anale avant 1897, présente, malgré les succès certains à son actif, de multiples inconvénients :

1° Nécessité d'une anesthésie régionale ou générale, et alors danger de syncope des dilatations par réflexe, et accidents fréquents par chloroformisation ;

2° La guérison n'est jamais certaine ;

3° La récurrence est toujours possible.

Le traitement chirurgical se trouve indiqué dans les fissures qui résistent aux injections anesthésiantes. Ces fissures rebelles ne sont le plus souvent que des ulcères atones compliqués. Pour ces fissures, la méthode de choix est la dilatation avec excision triangulaire de l'ulcération, du clapet purulent et du petit coudylome comme le conseille Gabriel.

TRAITEMENT MÉDICAL

Tous les auteurs modernes s'entendent actuellement pour condamner d'une façon formelle tout traitement médical de la fissure anale, qu'il jugent inopérant et inefficace.

Cependant, si la fissure est jeune, la douleur tolérable, un traitement très simple doit être le premier mis en œuvre : il consiste en badigeonnage de la fissure avec une solution de nitrate d'argent au 1/30°. On tend la fissure à plat le mieux possible, on la touche pendant 5 ou 10 secondes, 3 à 4 minutes d'attente, on applique une pommade au collargol à 10 ou 15 % ou une pommade à l'insuline. On répète ces attouchements tous les soirs ou tous les deux soirs.

Il convient d'instituer concurremment une médication destinée à rendre les selles plus faciles (huile de paraffine, suppositoires) et à calmer les douleurs de la défécation (badigeonnage avant et après les selles avec une solution de cocaïne à 5 %).

Nous avons obtenu par ce traitement purement médical quelques succès rares sans doute, mais incontestables.

En dehors de ces prescriptions médicales, le traitement de la fissure anale comporte 2 grandes méthodes : d'une part, les méthodes de traitement électrique ; d'autre part, les injections sous-fissuraires. Ces deux méthodes générales comprennent l'une et l'autre de nombreuses variantes que nous passerons en revue, mais disons immédiatement que traitement électrique et injections sous-fissuraires ne s'excluent nullement et que fréquemment, dans notre pratique personnelle, nous avons complété les injections par des applications de haute fréquence ou de diathermie, tandis que chez d'autres malades nous avons fait précéder les injections sous-fissuraires d'un traitement électrique.

TRAITEMENTS ÉLECTRIQUES

Les traitements électriques de la fissure anale ont pris une extension considérable depuis 1897, date à laquelle Doumer employa pour la première fois les courants de haute fréquence dans le traitement des hémorroïdes et de la fissure anale. Depuis lors, cette méthode a pris une extension croissante. C'est d'elle que dérivent toutes les techniques des applications médicales de l'électricité dans le traitement de la fissure anale.

Nous n'insisterons pas ici sur les techniques actuellement parfaitement connues de la haute fréquence et de la diathermie.

La haute fréquence, suivant la méthode initiale de Doumer, et la diathermie sont employées par les spécialistes avec des variantes un peu différentes (électrode conique de Doumer, électrode condensatrice de Oudin, électrode à vide de Mac Intyre). Mais ce sont là des méthodes si faciles, si anodines que depuis longtemps déjà elles sont bien connues et employées par l'omnipraticien.

Nous pensons que la haute fréquence est particulièrement indiquée au début de la crise fissuraire, qui est calmée assez rapidement, mais elle doit être complétée par la diathermie intra-rectale qui a une action moins

sédative, plus lente, mais dont le rôle cicatrisant vis à vis de la lésion anatomique est plus sûr.

Dans ces dernières années, les techniques électriques se sont enrichies de la diathermo-coagulation. Ce sont là des méthodes chirurgicales plus délicates à manier, elles doivent être réservées au spécialiste. Notre but n'est pas de tracer ici l'application précise de cette technique. Pourtant elles trouvent leur indication dans la fissure anale. Certains auteurs pratiquent avec une pointe ou une boule l'électrocoagulation de la fissure simple, personnellement nous employons rarement cette méthode. Par contre, comme Rachet, nous pensons que dans certaines ulcérations larges et dans l'ulcère atone l'électrocoagulation en large surface de l'ulcération ravive celle-ci sous l'escarre et permet au bout de quelques jours sa cicatrisation. Cependant, tandis que Rachet estime que l'électrocoagulation peut guérir tous les ulcères atones, nous restons personnellement fidèles aux conceptions défendues par Bensaude, il y a déjà plusieurs années. Dans l'ulcère atone et particulièrement lorsqu'il est compliqué de fistulette avec petit clapier purulent, il vaut mieux une excellente intervention chirurgicale que de multiples essais électriques. Maintes fois, dans ces cas, nous avons d'emblée adressé de tels malades aux chirurgiens en leur demandant de compléter la classique dilatation par la résection de la zone ulcérée et la mise à plat du trajet fistuleux et de son petit abcès apical.

Pour nous l'électrocoagulation reste surtout le merveilleux traitement du polype implanté au sommet ou au voisinage de l'ulcération.

A côté des techniques électriques, les injections sous et périfissuraires occupent une place importante.

TRAITEMENT DE LA FISSURE ANALE

PAR LES

INJECTIONS PERIFISSURAIRES

Le traitement de la fissure par les injections péri et sous-fissuraires est une acquisition plus récente et moins couramment utilisé malgré sa valeur.

Sa mise au point fut assez longue et difficile ; elle suscita de nombreux travaux en France et dans les pays anglo-américains. Encore aujourd'hui plusieurs techniques restent en présence.

L'initiative de ce traitement revient à Cain, mais la technique d'abord employée fut abandonnée à cause des vives réactions douloureuses qu'elle provoqua et modifiée plus tard en partie sous l'influence des travaux de Graham, Yeomans, Baldwin et Synott.

Bensaude, Cain et Lièvre, dans une communication du 10 janvier 1930, précisèrent les modalités de cette technique.

1° Le malade est placé en position génu-pectorale. On déplisse avec beaucoup de prudence et de douceur

les plis radiés de l'anus de façon à ne pas faire souffrir le malade.

2° On repère l'extrémité cutanée de la fissure, laquelle siège presque toujours à la commissure postérieure de l'anus.

3° On anesthésie la muqueuse anale avec un tampon imbibé d'un peu de liquide de Bonin qu'on laisse appliqué quelque temps au contact de la fissure.

4° Avec une seringue de 2 cc munie d'une aiguille très fine à biseau court, on pénètre juste au-dessus de l'extrémité externe de la fissure et l'on fait glisser l'aiguille au-dessous de celle-ci.

5° On fait pénétrer l'aiguille de 4 à 5 mm et à ce moment on pousse 3 à 5 dixièmes de cmc d'une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée à 5 %. La piqûre et surtout l'injection du liquide sont souvent très douloureuses mais c'est habituellement une douleur très vite apaisée.

6° Après la piqûre on peut toucher la fissure à l'ichtyol pur ou au nitrate d'argent.

On répète l'injection deux ou trois fois à 4 ou 5 jours d'intervalle, si c'est nécessaire. Mais le malade éprouve un très grand soulagement immédiatement après la première piqûre. Dans la plupart des cas, une seule injection ou deux nous ont suffi pour obtenir une guérison complète avec cicatrisation de la lésion. Cette cicatrisation demande 8 à 10 jours et il faut attendre ce délai pour juger de la guérison anatomique.

On a reproché à cette méthode d'être douloureuse et d'exposer à des échecs. Pour obvier à ces inconvénients, on y a apporté des modifications qui ont abouti à la tech-

nique préconisée par Bensaude dans la *Presse Médicale* du 23 octobre 1935.

Cette technique diffère essentiellement de la précédente par deux points : « Au lieu d'injecter le liquide immédiatement au-dessous de l'extrémité externe de la fissure et parallèlement à celle-ci, on fait l'injection dans le sillon ano-coccygien à environ deux centimètres de l'anus et on dirige l'aiguille de haut en bas perpendiculairement au grand axe de la fissure. Grâce à cette pratique on peut injecter une plus grande quantité de liquide, car les tissus au-dessous du sillon ano-coccygien se laissent plus facilement distendre que le tissu scléreux qui double la commissure postérieure, siège habituel de la fissure ».

L'autre modification porte sur le liquide injecté, une solution anesthésiante huileuse remplaçant avec avantage la solution de quinine-urée, Bensaude se servit d'abord de la solution huileuse de benzoate de benzocaïne :

Benzoate de Benzocaïne	aa 5
Alcool phénylméthylrique	
Huile d'amandes douces	90

qui fut abandonnée à cause de son prix de revient trop élevé.

Après avoir employé une solution d'huile percaïnée le choix de Bensaude s'arrêta définitivement sur la solution suivante préparée suivant la formule de Horsch :

Anesthésine	4 gr.
Aminobenzoate de butyl (butesine) ..	1 gr.
Alcool benzylique	5 gr.
Novocaïne basique	0 gr. 50
Huiles d'amandes douces qsp	100 gr.

divisée en ampoules de 5 cc stérilisées par deux chauffages à 90°.

L'emploi de cette solution huileuse implique celui d'une aiguille à fort calibre rendant la piqûre très douloureuse, d'où la nécessité de faire au préalable une injection de novocaïne à 1 % avec une aiguille aussi fine que possible.

On voit donc que cette technique est notablement plus compliquée que la précédente; elle demande à être exécutée avec le maximum de douceur et de patience, faute de quoi elle serait extrêmement douloureuse.

Une troisième technique a été préconisée par Leibovici dans le *Journal de Médecine de Paris* du 18 avril 1935. Elle comporte l'emploi d'une seringue de 5 cc, d'une aiguille fine et pas trop courte, d'une solution de novocaïne de 1 pour 200 ou 1 pour 100, 10 à 15 cc suffisent.

On pique au niveau du sillon ano-coccygien à quelques centimètres de l'orifice anal et on fait là un bouton dermique; puis, on enfonce l'aiguille en visant la fissure et on pousse l'injection en même temps que l'aiguille. L'injection arrive sous la fissure; elle est parfois un peu douloureuse; il faut pousser doucement; mais on arrive à infiltrer la muqueuse du canal anal au milieu de la fissure et à son voisinage, de façon à intéresser presque toute la moitié postérieure du canal. La muqueuse anesthésiée, la douleur cesse aussitôt. On termine en poussant quelques centimètres cubes de novocaïne dans le sphincter anal, également dans sa paroi postérieure.

Personnellement nous restons fidèles à la première méthode à laquelle nous avons fait subir deux modifications.

Nous utilisons un mélange d'une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée à 5 % et de novocaïne à 1 % (1/2 cc de quinine urée pour une centimètre cube de novocaïne), le malade étant en position genu-pectorale. On anesthésie la région anale au liquide de Bonin. On pique le plus près possible au-dessus de l'extrémité externe de la fissure, lorsque par suite de difficultés opératoires on ne peut piquer immédiatement au-dessus, on reporte la piqûre à 4 ou 5 millimètres plus haut. On fait glisser l'aiguille vers et sous le trajet de la fissure en même temps qu'on injecte progressivement le mélange quinine-urée-novocaïne.

Cette méthode a sur celle de Bensaude l'avantage d'être plus simple, plus facilement applicable par le praticien qui n'a pas toujours un aide à sa disposition. D'autre part, nous pensons qu'il n'est peut-être pas sans inconvénient d'injecter des produits huileux lentement résorbables dans ces tissus malades, sclérosés et mal nourris.

Nous préférons également l'emploi du mélange quinine-urée-novocaïne à la novocaïne pure, car, reprenant à notre compte la conception de Cain lors de ses premiers essais en 1921, nous pensons que l'adjonction de quinine urée est indispensable pour provoquer les remaniements histologiques que la novocaïne à elle seule ne pourrait produire.

Ainsi, pour nous résumer, nous employons les injections sous-fissuraires, mais avec les deux variantes suivantes :

1° Piqûre, si c'est nécessaire, un peu plus éloignée du pôle de la fissure.

2° Grand rôle anesthésique de la novocaïne,
et importance du volume plus considérable de la
solution à injecter.

Cette technique nous donne souvent de splendides
résultats à la suite d'une ou tout au plus de 2 injections.
Ces guérisons sont surtout obtenues dans la fissure simple
et dans la fissure triangulaire, dans l'ulcère atone, au
contraire, nous devons reconnaître quelques échecs, qui
reste à nos yeux du domaine chirurgical.

Cependant, et c'est un point sur lequel nous insis-
tons, le traitement de la fissure par les injections sous-
fissuraires ne suffit pas toujours. Souvent il devra être
complété par un traitement électrique, en particulier chez
les femmes pusillanimes on ne peut faire faire d'emblée
cette injection, alors qu'elle pourra être facilement pra-
tiquée après quelques séances de haute fréquence.

Chez d'autres malades, au contraire, nous avons fait
d'emblée l'injection, la grande douleur fissuraire avait
presque disparu séance tenante, au bout de 2 jours le
malade vient nous retrouver ravi et réconforté. Il reste
encore parfois une sensation de gêne et de pesanteur,
c'est dans ce cas qu'une deuxième injection peut être
utile.

Au cours de ce traitement, une grande précaution :
lorsque l'injection sous-fissuraire est faite et qu'elle a
donné un beau résultat, on ne doit pas examiner le ma-
lade pour ne pas distendre la région anale, car la cicatri-
sation ne se fait qu'au bout de quelques jours.

Par ailleurs, la fissure ne sera définitivement traitée
que lorsqu'on se sera occupé du terrain hémorroïdaire
sur lequel elle s'est développée. Il est nécessaire, non pas

immédiatement après la guérison de la fissure, mais dans les semaines qui suivent, de revoir le malade et de faire une cure radicale des hémorroïdes par injections sclérosantes.

Il est un point sur lequel nous voulons insister en terminant, c'est la différence de curabilité de la fissure anale chez la femme et chez l'homme. Nous avons vu que la fissure anale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais la fissure chez la femme est plus sensible aux injections sous-fissuraires et sa curabilité plus grande.

D'ailleurs, pour illustrer les directives thérapeutiques que nous avons précisées plus haut, nous apportons ici un certain nombre d'observations résumées prises en collaboration avec M. Oury :

Obs. I.

Mlle C., fissure simple sur gros bourrelet hémorroïdaire, fissure linéaire en poussée douloureuse depuis 15 jours.

Fissure cicatrisée après 2 injections sous-fissuraires 3 semaines après la guérison, 4 injections sclérosantes dans le bourrelet.

Obs. II.

Mme L., hémorroïdes congestives cachant la fissure qui n'a pas été vue au cours du premier examen. Deux injections sclérosantes hémorroïdaires, sans bon résultat, à ce moment fissure visible au milieu d'un bourrelet hémorroïdaire.

Après deux injections sous-fissuraires on obtient la cicatrisation de la fissure.

Obs. III.

Mme F., depuis 8 jours avant l'examen, douleurs anales très violentes survivant aux selles pendant quelques heures, fissure linéaire, la malade ne veut pas d'injection, excellents résultats de la diathermie.

Obs. IV.

M. F., fissure simple de la commissure postérieure. Chez un diabétique avec douleurs très vives, nous ne pratiquons pas d'injections à cause de l'état diabétique, bons résultats de la diathermie.

Obs. V.

M. L. Poussée hémorroïdaire depuis 2 mois et demi, saignement intermittent, douleur pénible après la selle; au cours du premier examen, la fissure anale n'est pas découverte, entièrement masquée par un gros bourrelet hémorroïdaire, une injection sclérosante mal supportée, nouvel examen, découverte de la fissure avec un petit polype au sommet, excellents résultats d'une seule injection sous-fissuraire, 3 séances de diathermie. 3 semaines après, 3 injections sclérosantes dans le bourrelet hémorroïdaire et électrocoagulation du polype.

Obs. VI.

Mme E., poussée hémorroïdaire depuis 3 ou 4 ans, grave crise hémorroïdaire en octobre 1936. En janvier 1937, petit prolapsus hémorroïdaire, large ulcère atone de la commissure postérieure. Polypes multiples au sommet de l'ulcération et sur le pourtour du bourrelet. Devant ces lésions multiples et associées, nous avons conseillé la chirurgie.

Obs. VII.

Mme M., depuis 15 jours douleurs atroces en allant à la selle, cessant de suite après, réapparaissant au bout d'une heure et durant 3 à 4 heures, fissure à type d'ulcère atone de la commissure postérieure recouverte d'un capuchon cutané, cicatrisation complète après une injection sous-fissuraire.

Obs. VIII.

Mme C., hémorroïdes de longue date, a subi 2 fois une dilatation de l'anus en l'espace de 5 ans pour fissure de la commissure antérieure. Malgré ces interventions, nouvelle fissure de la commissure antérieure en mars 1937. Atténuation considérable de la douleur après injection sous-fissuraire, à la suite six séances de diathermie. Fissure complètement cicatrisée, mais la malade conserve une impression de gêne provoquée par de grosses hémorroïdes. Un traitement sclérosant fait disparaître tous ces troubles fonctionnels.

CONCLUSIONS

La fissure à l'anus, entité morbide bien définie et apparaissant presque toujours sur une muqueuse hémorroïdaire, présente trois stades :

— Récente, aiguë, elle a une symptomatologie bien typique, la fissure anale est dite simple.

— Vieillissant, elle modifie son aspect, devient triangulaire, tout en gardant intact son syndrome fissuraire.

— Se compliquant et perdant son caractère douloureux fissuraire, elle constitue l'ulcère atone.

Elle est justiciable de quatre ordres de traitement :

1° Du traitement médical, généralement insuffisant;

2° Du traitement chirurgical, riche de nombreux succès, indiqué dans les formes évoluées de la fissure anale, mais qui conservera toujours contre lui les dangers de l'anesthésie et celui des dilatations;

3° Du traitement par les courants de haute fréquence, méthode douce, sans danger, à succès généralement rapide et définitif;

4° Enfin, parfois concurremment avec le précédent, du traitement par les injections sous-fissuraires, indiqué spécialement dans la fissure simple et la fissure triangulaire. C'est une méthode sûre, simple et à la portée de tous les praticiens.

Vu le Doyen :
ROUSSY.

Vu le Président de Thèse :
FIESSINGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

FISSURES ANALES

- J. K. ANDERSON. — Anal fissure and its treatment. (*An. Med. Spec. Sect.* 38 : 5 June 1932.)
- T.-H.-T. BARBER. — Local annesthesia in operations of anal fissure. (*Brit. M. J. I.*: March 2, 1929.)
- H.-F. BAYARD. — Treatment of anal fissures. (*Minnesota Med.* 14 : 910-911, octobre 1931).
- O. BSTEH. — Treatment of spasm caused by presence of fissure. (*Arch. f. klin. Chir.* 165 : 113-118, 1931.)
- L.-A. BINE. — Anal fissure. (*S. Clin. North America* 9 : 231-244, Feb. 1929.)
- CAMBIES. — Traitements récents de quelques affections ano-rectales, hémorroïdes, fissure, prurit anal. (*Bull. et Mém. Soc. de Médecine de Paris*, n° 2, p. 50-59, janv. 25, 1931).

- GAMBIES. — Therapy of anorectal diseases. (*Quest. Méd. d'actual.*, 2 : 5-20, avril 1932.)
- P. COTTENOT. — Roentgenthérapie des fissures anales et de thromboses hémorroïdaires. (*L'Hôpital*, n° 379, mars 1935 B.)
- DARDEL. — Les injections sclérosantes dans le traitement des fistules. (*Schwzie. med. Woch.* n° 14, 8 avril 1933.)
- DAYOT. — Note sur la fissure à l'anus. (*L'Essor Médical*, mars 1935.)
- DAYOT. — Note sur la fissure à l'anus. (*L'Essor Médica*, mars 1928.)
- DOUMER. — Traitement de la fissure sphinctéralgique. (*Arch. électro biol.*, 1898, p. 143.)
- C.-J. DRNECK. — Fissures et anus irritable or painful ulcer. (*M. J. et Rec.*, 134 : 3-5, July 1, 1931.)
- C.-J. DRNECK. — Treatment of fissure in ano. (*Illinois M.J.* 60 : 382-386. Novembre 1931.)
- C.-J. DRNECK. — Treatment of anal fissure. (*J. Iowa M. Soc.* 22 : 302-305. July 1932.)
- J. DUMBAR. — Anal fissure (*Glasgow M. J.* 118 : 39-41. July 1932.)
- FRANKEN. — Fissure in ano. (*Med. J. et Rec.*, 17 octobre 1928, p. 393.)
- W.-B. GABRIEL. — Treatment of anal fissure, use of anesthetic solution in oil (knacol, a procaine prepa-

- ration and A.B.A. au éthyl aminobenzoate, benzyl alcohol preparation. (*Brit. M.J.* 1 : 1040-2072, June 15, 1929.)
- W.-B. GABRIEL. — Treatment of anal fissure. (*Brit. M.P.* 2 : 311-312, Aug. 30, 1930.)
- O. HAEN. — Treatment of anal fissures with lemisenin belladonne suppositoires and ointments. (*Deutsche Med. Wchnschr.*, 543-1091, June 29, 1928.)
- R.-I. HILLER. — Anal sphincter and pathogenesis of fissure. (*Surg. et Gynec. obst.* 52 : 921-940, May 1931.)
- A.-B. JAMISON. — Cause and cure of anal fissure and ulcer. (*M.J. et Rec.* 129 : 1218, Feb. 20, 1929.)
- Raymond LAPEYRADE. — La fissure anale. (*Guérir*, n° 59, 1-3-35.)
- R. LEIBOVICI. — Un traitement simple de la fissure anale. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 16, 18-4-35.)
- E.-U. MALKLIN. — New therapy of anal fissure. (*Klin. Med.* n° 15, 9 : 629-632, 1931.)
- E. MEISSEL. — Etiology and therapy of anal fissure. (*Mun-chen. Med. Wchnschr.* 78 : 102, Jan. 16, 1931.)
- J.-F. MONTAGNE. — Fissure in ano. (*An. Med.* 37 : 280-284, May 1931.)
- J.-F. MONTAGNE. — Anal fissure its detection and cure. (*Maine M.J.* 22 : 245-248, décembre 1931.)
- J.-F. MONTAGNE. — Is fissuré in ano preventable. (*An. Med. Spec. Sect.* 39 : 5-6, 6 Jan. 1933.)

- P. MULLER. — Les fissures anales et leur traitement.
(*Journal de Médecine de Paris*, n° 17. 26 avril 1928.)
- P. MULLER. — Fissure anale. (*L'Hôpital* novembre 1928,
p. 634.)
- M. MUSCH. — Instrument for treatment of anal fissure.
(*Med. klin.* 26 : 836-897. June 13. 1930.)
- NEISSL. — Sur l'étiologie et le traitement de la fissure
anale. (*Munch. mediz. Wochen. Leopoldstrasse 4*
Munich, page 102, LXXVIII, page 102, n° 3, 10 jan-
vier 1931.)
- E. ORBACH. — Treatment of anal fissure with rodalot
iodine preparation. (*Deutsche med. Wchnschr.* 64 :
2063-2064. Décembre 7, 1928.)
- OURY-FAQUET. — Fissure anale et ulcère atone de la
commisure protérienne. (*Journal de Médecine et de*
Chirurgie pratique, n° du 10-11-33.)
- P.-W. PALMER. — Anal fissure. (*Ohio sate M.J.* 23 : 997-
998. Décembre 1927.)
- J. PHILIPOWIEZ. — Operative treatment of anal fissure.
(*Zentralbl. f. chir.* 54 : 788-790, March 26. 1927.)
- J. RACHET. — Le traitement médical des fissures anales.
(*Paris Médical*, n° 14, 7-4-34.)
- A. RAVINA-BENZANGUEN. — Traitement des fissures
par les injections sclérosantes. (*La Presse Médicale*,
n° 4, 13 janvier 1932.)
- André SICARD. — L'alcoolisation dans le traitement de
la fissure anale. (*La Presse Médicale*, 31 juillet 1935.)

Raymond TOURNAY. — Du traitement des fissures anales par les injections locales fibrosantes. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 45, 5 novembre 1931.)

Raymond TOURNAY. — Du traitement des fissures anales par des injections locales fibrosantes. (*Société Médicale des Praticiens*, n° 4, avril 1931.)

TOURNEAU. — Fissures à l'anus. (*Le Concours Médical*, décembre 1926, p. 2997.)

F.-F. YEOMANS. — Anal fissure. (*Ann. J. Surg.* 6 : 426-429, April 1929.)

WRIGHT. — Traitement de la fistule anale (*The Austral. a N. Zeal. J. Surg.* Octobre 1934, n° 2).

X. — Fissure à l'anus. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 5, 16-1-35).

TRAITEMENT PAR INJECTIONS LOCALES DE QUININE URÉE

R. BENS AUDE, A. CAIN, J.-A. LIEVRE. — Traitement de la fissure anale par les injections locales de quinine urée. (*Académie de Médecine*, séance du 7 janvier 1930.)

R. BENS AUDE, A. CAIN, J.-A. LIEVRE. — Traitement des fissures anales par les injections locales de quinine et d'urée. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, LIV, n° 13, 20 janvier 1930.)

- R. BENSAUDE, A. CAIN, J.-A. LIEVRE. — Traitement de la fissure anale par des injections locales de quinine urée. (*Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 3 janvier 1930.)
- R. BENSAUDE, A. CAIN, J.-A. LIEVRE. — Traitement de la fissure anale par les injections locales de quinine urée. (*Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 3 janvier 1930.)
- C. HOWARD. — Treatment of anal fissure by injection urea hydrochloride. (*Lancet I* : 914-916, April 25, 1931.)
- R. BENSAUDE. — Le traitement de la fissure anale par les injections péri-fissuraires. (*Presse Médicale* du 23 octobre 1935.)
- E. DUJARDIN. — Anal fissure treated with electrocoagulation. (*Ugesk. f. laeger* 98 : 25-6-1936, p. 590.)
- Max FILIPPI. — Les traitements médicaux actuels de la fissure anale. (*L'Echo Médical du Nord*, n° 30, 26 juillet 1936, p. 225.)
- C.-E. HALL. — Scientific management of anal fissure. (*J.M.A. Georgia* 25, Février 1936, p. 57-59.)
- F. HEMENER. — Mechanische Behandlung des Ekzema intertrigo und der Analfissuren. (*Dermat. Wchnschr.* 102, 22-2-1936, p. 221-222.)
- H.E. HULLSIEK. — Diagnosis and treatment of anal fissure. (*Journal Lancet* 55 : 15-6-1935, p. 369-372.)
- E. MACHLINE. — Le traitement moderne de la fissure anale. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*

et des maladies de la nutrition, n° 9, 26 novembre 1936, p. 1050.)

RIDDACH. — Fissure anale. (*The Lancet*, 14 nov. 1936, p. 1150.)

M. SAMY. — Bilbarzial piles and anal fissure. (*J. Egyptian M.J.* 19 : Fév. 1936, p. 65-71.)

M. SILBERMANN. — Anal fissure and its non operative treatment. (*Virginia M. Monthly*, Octobre 1935, p. 376-380.)

TRAITEMENT PAR DIATHERMIE

DES FISSURES ANALES

BORDIER. — Traitement de la fissure sphinctéralgique par la diathermo-coagulation. (*Archives d'Elec. Méd. et de Physioth. de cancer* de juin 1926.)

CAMBIES. — Nuevo methodo de tratamiento de las fisuras de las esfinteralgias anales por la dilatacion diatermica. (*Cron. Med. Mex.* 30 : 87-92, fév. 1931.)

CAMBIES. — Nouvelle méthode de traitement des fissures et des sphinctéralgies anales par la dilatation diathermique progressive. (*Le Concours Médical*, 9 février 1930, n° 6, p. 404.)

CAMBIES. — Nuevo methodo de tratamiento de las fisuras y de las esfinteralgias anales por la dilatacion diatermica progressiva. (*Rev. de Med. Rosario* 6 : 320-320-328, septembre 1931.)

CERF. — Traitement de la fissure sphinctéralgies par les courants de hautes fréquences. (*Thèse de Paris*, 1926.)

DELHERM, MOREL-KAHN. — Le traitement des affections ano-rectales par la haute fréquence. (*Journal de radiol. et d'élect.* 17 : 566-568, octobre 1933.)

G. DUPEYRAC. — Les courants de haute-fréquence dans le traitement des hémorroïdes et de la fissure anale. (*Marseille Médical* I : 539-547, Avril 25, 1931.)

J.-V. GARCIA DONATO. — La radiotherapia y la diatermo tratamiento de la fisura espintérgica. (*Progreso de la clin.* 41 : 118, 120, Feb. 1933.)

F. HOWITT. — Treatment by diathermy of anal fissure. (*Brit. M.J.* 1 : 1168-1169, June 28, 1930.)

J. KOWARSCHIK. — Anal fissure treatment by diathermy. (*Wien. Klin. Wchnschr.* 40 : 289, March 3, 1927.)

LAQUERRIERE. — Deux cas d'insuccès dans le traitement de la fissure anale par les courants de haute-fréquence. (*Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie et de Radiol.* Avril 1926.)

V. LOUKASCHEFF. — Treating hemorrhoid and anal fissures with arsouvalization. (*Klin med.* n° 22, 5 : 1227-1229. 1927.)

MARNAIN. — Quelques applications simples de la diathermocoagulation, le traitement de l'œil de perdrix et de la fissure à l'anus. (*Bulletins et Mém. de la Société de Radiologie Médicale Française*, 22 : 337-339, June 1934.)

W. ZWEIG. — Anal fissure treatment by diathermy.
(*Wien. Klin. Wchnschr.* 40 : 126, jan. 27, 1927.)

N. STEIMBERG. — Recent advances in treatment of rectal diseases by injection methods in ambulatory patients, use of Gabriel's modified solution in treatment of fissure in ano. (*New England J. Med.* 25-7-1935, p. 162-164.)

Imprimerie spéciale de la Librairie M. Vigné, Paris

